

## ■ S-393 ■

### 원발성 부갑상샘기능저하증을 동반한 그레이브스병 1예

제주대학교 의학전문대학원 내과학교실

\*성길명, 고관표

**배경:** 갑상샘과 부갑상샘은 해부학적으로는 매우 인접한 장기이며 갑상선 절제술 후 발생하는 이차성 부갑상샘기능저하증은 비교적 흔한 편이나 동시에 병발하는 경우는 매우 드물다. 매우 드물게 Polyglandular Autoimmune Syndrome type 1에서 부신기능저하증, 갑상샘 기능 저하, 부갑상샘 기능 저하증이 동반될 수 있으나 원발성 부갑상샘 기능 저하증과 갑상선 기능항진증이 동반되는 경우는 세계적으로 몇몇의 증례 보고만이 있을 뿐이며 국내에서 처음 발견되어 보고하는 바이다. **증례:** 29세 여자는 5년 전 그레이브스병 진단 후 당시 1년간 투약하였으나 자의로 투약 중단하였다. 내원 6개월 전 심계항진, 진전, 운동 시 호흡곤란 발생하여 본원 내원하였으며 당시 TSH: 0.01 uIU/mL (정상 0.27~4.20 uIU/mL), Free T4: 6.49 ng/dL (정상: 0.93~1.70 ng/dL)로 Methimazole 투여 다시 시작하였으며 당시 혈청 칼슘 수치는 정상이었다. 1개월 전 임신이 확인 되었고 propylthiouracil로 투약 변경하였고 태아에게 해가 될 것으로 판단하여 환자 자의로 2일에 1회 정도로 투약 하였다. 1주 전부터 심계항진, 진전의 악화, 7kg의 체중감소, 하루 수차례의 설사, 상지의 마비 증상과 저린 증상이 동반되었다. 내원 당시 혈압 120/80 mmHg, 맥박 분당 120회, 호흡수 분당 15회, 체온 36.5도였다. 심전도 상 동성 빈맥 소견이었으며 심음과 호흡음은 정상 이었다. 중등도의 안구 돌출증과 갑상선의 미만성 종대와 Bruit 청진 되었으며 압통은 동반되지 않았고 Chvostek and Trousseau sign은 양성이었다. 말초혈액 검사에서 혈색소 9.9 g/dL, 백혈구 5800/mm<sup>3</sup>, 혈소판 142,000/mm<sup>3</sup>이었고 생화학 검사에서 Na 137 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 105 mmol/L, 총단백 6.0 g/dL, 알부민 3.4 g/dL, BUN 9.5 mg/dL, 크레아티닌 0.5 mg/dL, AST/ALT 54/51 IU/L 총칼슘 5.0 mg/dL, 인: 5.4 mg/dL (정상: 2.5~4.5 mg/dL) 이었다. 기타 검사 상 TSH: 0.01 uIU/mL, Free T4: 7.19 ng/dL, TSH receptor Ab: 양성, PTH: 10.86 pg/mL (정상: 15~65 pg/mL), Ionized Mg<sup>2+</sup>: 0.75 mg/dL (정상: 1.09~1.46 mg/dL), 공복 혈당: 74 mg/dL, 당화혈색소 4.7%, 급성 ACTH 자극 검사: 정상 반응, 25(OH)D: 정상 이었다. 이후 갑상선 중독증 위기에 준해 치료 하였으며 이후 항갑상선제제 지속적으로 투약 하였으나 갑상선항진증 조절 어려워 갑상선 아전절제술 시행하였다 이후 갑상선항진증은 호전되었으나 저칼슘혈증 지속되며 부갑상샘 기능 저하증의 다른 원인 질환 모두 배제되어 원발성 질환으로 진단 후 활성화 Vit D와 칼슘 투여 중이다.

## ■ S-394 ■

### 전신적 경련 발작으로 발현된 그레이브스병 1예

동아대학교병원 내과<sup>1</sup>, 신경과<sup>2</sup>

\*박소영<sup>1</sup>, 김덕규<sup>1</sup>, 김상호<sup>2</sup>, 박미경<sup>1</sup>, 우수미<sup>1</sup>, 유승희<sup>1</sup>

갑상선 기능 항진증은 대부분 체중 감소, 열 불내성, 가슴 두근거림, 손떨림 등의 전형적 증상으로 진단되고, 노인에서는 이러한 전형적인 증상 동반 없이 심혈관계 또는 근육계 증상만을 동반하여 조기 발견이 어려울 수 있다. 갑상선 기능 항진증에서는 종종 가역적인 신경학적 인 변화를 유발하며 다양한 신경학적인 증상을 나타낼 수 있다. 전신적, 국소적 경련 발작은 갑상선 중독증 및 갑상선 위기에서 드물게 보고 되고 있지만 전신적 경련 발작으로 발현된 경우는 매우 드물다. 저자들은 전신적 경련 발작 이후 의식 저하가 발생하여 응급실 통해 신경과 입원 치료 중 뇌 자기공명 영상 및 뇌파 검사 상 특이 소견 없었으나, 혈액 검사상 갑상선 기능 항진증으로 진단된 환자 1예를 경험하였기에 보고하고자 한다. **증례:** 55세 남자 환자로 감정적 흥분 후 갑작스런 전신적 긴장-간대성 발작 및 의식 소실을 주소로 본원 응급실 내원하였으며 당시 혼미 의식 상태로 신경과 입원 후 안구 돌출 및 경부 비대 소견 동반되어 시행한 갑상선 기능 검사 상 유리 T4 3.03 ng/dL(정상값 0.70-1.48 ng/dL), 갑상선 자극 호르몬 0.001 uIU/mL (0.35~4.94 uIU/mL), T3 2.75 ng/mL (0.58-1.59 ng/mL), 갑상선 자극 호르몬 수용체 항체 47.55 U/L (0-14U/L), 미소체 항체 20.1 IU/mL (0-50 IU/mL) 및 갑상선 초음파 검사, 갑상선 스캔 상 독성 갑상선 종대 소견을 보였다. 초기 진정제 투여 이후 중단하고, 갑상선 기능 항진증에 의한 전신적 경련 발작 및 신경학적 이상으로 진단하고 항갑상선제 및 베타차단제 투여만 지속하여 1개월 이상 경련 재발 소견 없는 상태로 외래 경과 관찰 중이다.